

"Global Health Governance" - zukunftsfähige Architektur eines globalen Gesundheitssystems?

Hein, Wolfgang

Veröffentlichungsversion / Published Version
Arbeitspapier / working paper

Zur Verfügung gestellt in Kooperation mit / provided in cooperation with:
GIGA German Institute of Global and Area Studies

Empfohlene Zitierung / Suggested Citation:

Hein, W. (2006). "Global Health Governance" - zukunftsfähige Architektur eines globalen Gesundheitssystems? (GIGA Focus Global, 7). Hamburg: GIGA German Institute of Global and Area Studies - Leibniz-Institut für Globale und Regionale Studien. <https://nbn-resolving.org/urn:nbn:de:0168-ssoar-268356>

Nutzungsbedingungen:

Dieser Text wird unter einer CC BY-NC-ND Lizenz (Namensnennung-Nicht-kommerziell-Keine Bearbeitung) zur Verfügung gestellt. Nähere Auskünfte zu den CC-Lizenzen finden Sie hier:
<https://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/deed.de>

Terms of use:

This document is made available under a CC BY-NC-ND Licence (Attribution-Non Commercial-NoDerivatives). For more information see:
<https://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0>

„Global Health Governance“ – zukunftsfähige Architektur eines globalen Gesundheitssystems?

Wolfgang Hein

Globale Gesundheitsprobleme haben in den letzten Jahren mehr als in früheren Jahrzehnten die Aufmerksamkeit der Menschen auch in den Industrieländern erregt. Dies betraf vor allem tödliche Infektionskrankheiten: Nach der AIDS-Pandemie folgten SARS und in den vergangenen Monaten die Vogelgrippe: Auch wenn diese im Augenblick in Europa aus den Schlagzeilen geraten ist, werden aus Afrika weiter steigende Infektionszahlen gemeldet. Allerdings sind in den letzten Monaten auch wichtige Weichenstellungen im Bereich von „Global Health Governance“ erfolgt (International Health Regulations, Forschung und Entwicklung zu Medikamenten).

Analyse:

Die veränderten globalen Rahmenbedingungen durch den Globalisierungsprozess verlangen neue Formen des politischen und finanziellen Engagements in der globalen Gesundheitspolitik, die die Möglichkeiten der bis in die 1990er-Jahre hinein diesen Sektor dominierenden internationalen Organisationen (WHO, Weltbank, UNICEF) erheblich übersteigen. Dies betrifft vor allem folgende Aspekte:

- Die Bedrohung durch Infektionskrankheiten aufgrund steigender Mobilität und wachsender Resistenz von Krankheitserregern gegen Antibiotika nimmt zu.
- Die schlechte Gesundheitssituation in armen Ländern wird als Hindernis für Entwicklung und ein Faktor für politische Instabilität wahrgenommen.
- Die Liberalisierung der Welthandelsordnung und vor allem das TRIPS-Abkommen implizieren zweifelhafte – vor allem an der erwarteten zahlungsfähigen Nachfrage orientierte – Anreize für medizinische Innovationsprozesse, die Patienten in armen Ländern tendenziell vernachlässigen.
- Als Reaktion auf globale Gesundheitsprobleme lässt sich eine erhebliche Stärkung zivilgesellschaftlicher Organisationen und die Entstehung neuartiger Organisationsformen (vor allem Global Public Private Partnerships) beobachten.
- Diese stärken zwar die in der globalen Gesundheitspolitik verfügbaren politischen und finanziellen Ressourcen, führen aber immer mehr zu Koordinationsproblemen.

Keywords: Gesundheitssystem, Global Health Governance, WHO, zivilgesellschaftliche Organisationen, International Health Regulations

1. Einführung

Globale Gesundheitsprobleme haben in den letzten Jahren mehr als in früheren Jahrzehnten die Aufmerksamkeit der Menschen auch in den Industrieländern erregt. In den 1980er-Jahren glaubte man hier, tödliche Infektionskrankheiten weitgehend im Griff zu haben. Dann folgten die AIDS-Pandemie sowie in den vergangenen Jahren SARS und die Vogelgrippe: Auch wenn Letztere im Augenblick in Europa aus den Schlagzeilen geraten ist, werden aus Afrika weiter steigende Infektionszahlen gemeldet. Weltweit koordinierte Aktivitäten sind im Gange, die die Gefahren einer Veränderung des Virus und damit eine Mensch-zu-Mensch-Übertragung der Krankheit abwenden sollen. Die mangelnde Entwicklung der Gesundheitssysteme in den meisten armen Ländern erschwert die Kontrolle der Infektionskrankheiten; dazu wächst auch in diesen Ländern, vor allem in den Entwicklungsländern mit mittlerem Einkommen, die Belastung durch andere Krankheiten wie Krebs und Herz-Kreislauf-Erkrankungen, die früher vor allem als Probleme der Industrieländer angesehen wurden.

Doch auch weiter reichende Auswirkungen der katastrophalen Gesundheitslage in vielen Entwicklungsländern sind Gegenstand von Diskussionen und politischen Maßnahmen: Eine schlechte Gesundheitssituation verstärkt gemäß wissenschaftlicher Erkenntnisse nicht nur die Armut in den betroffenen Regionen, sondern wird vielfach auch als Ursache für politische Unsicherheit und für die Destabilisierung krisengeschüttelter Regionen wahrgenommen. Dies, so die Annahme, könne auch Auswirkungen über die betroffenen Länder hinaus und somit auch für die Industrieländer haben. Im südlichen Afrika sind mehr als 20 % der Bevölkerung mit dem HIV-Virus infiziert (Botswana: 37,3 %, Zimbabwe: 24,6 %, Südafrika: 21,5 %, jeweils Ende 2003). Die Lebenserwartung ist in einigen Ländern dramatisch zurückgegangen; die ökonomischen Kosten für die betreffenden Gesellschaften sind enorm (Verlust an Humankapital, Kosten für Gesundheitsversorgung und soziale Unterstützung etc., vgl. Haacker 2004). Auch wenn neuere Daten zum ersten Mal andeuten, dass die weltweite Ausbreitung der Krankheit verhindert wurde (UNAIDS 2006), wird in einigen großen und politisch wichtigen afrikanischen Ländern (Nigeria, Äthiopien; vgl. auch im Hinblick auf die angenommenen Sicherheitsimplikationen Prins

2004), aber auch in China, Russland und der Ukraine mit noch weiter steigenden Infektionszahlen gerechnet.

2. „Global Health Governance“

2.1. Institutioneller Wandel globaler Gesundheitspolitik

Die erhöhte Wahrnehmung globaler Gesundheitsprobleme sowohl als ein Problem der Menschenrechte wie auch als Gefährdung für die Industrieländer hat dazu geführt, dass seit Beginn der 1990er-Jahre erheblich mehr Ressourcen mobilisiert wurden. Die gesundheitsbezogene Entwicklungshilfe stieg laut Angaben der Weltbank von etwa 1,7 Mrd. US\$ im Jahr 1990 auf über 9 Mrd. im Jahre 2003. Dennoch sind wir noch weit davon entfernt, den Betrag von 27 Mrd. US\$ zu erreichen, den der Bericht der von der WHO eingesetzten *Commission on Macroeconomics and Health* für nötig hält, um zusammen mit den Eigenmitteln der Entwicklungsländer (73 Mrd. US\$) die Grundlage für eine effektive Finanzierung von Gesundheitsdienstleistungen sowie medizinischer und pharmazeutischer Forschung im Süden zu legen (vgl. Sachs 2001).

Wer koordiniert diese Entwicklung, d. h. sorgt für die effektive Aufbringung und Verwendung der Mittel? Zweifellos haben die Weltgesundheitsorganisation, die Weltbank, die seit den 1970er-Jahren zunehmend auch im Gesundheitssektor aktiv ist, sowie die bilaterale Hilfe weiterhin zentrale Bedeutung. Allerdings sind in den vergangenen 15 Jahren eine wachsende Zahl von Organisationen entstanden, die eine immer wichtigere Rolle in der internationalen Gesundheitspolitik spielen. Dies sind etwa die sog. *Global Public Private Partnerships*, in deren Rahmen pharmazeutische Unternehmen in Verbindung mit internationalen Organisationen und anderen Partnern u. a. neue Medikamente zur Behandlung von Tropenkrankheiten entwickeln (Bartsch 2003), *große private Stiftungen* wie etwa die Bill and Melinda Gates Foundation, die Clinton Foundation oder die Rockefeller Foundation, *Nichtregierungsorganisationen*, die sowohl medizinische Dienstleistungen erbringen als auch für bestimmte Ziele (etwa das Menschenrecht auf Gesundheit) mobilisieren (Bartsch/Kohlmorgen 2005), und schließlich der *Globale Fonds zum Kampf gegen AIDS, Tuberkulo-*

se und Malaria (GFATM), der in großem Umfang zusätzliche Mittel aufbringen soll. Letzterer sollte ein Volumen von jährlich etwa 7 Mrd. US\$ erreichen, bisher sind allerdings seit der Gründung des Fonds (2002) bis zum Jahr 2008 insgesamt nur knapp 9 Mrd. US\$ ausgezahlt oder verbindlich zugesagt worden (Bartsch in: Hein et al. 2006).

Diese Vielfalt verschiedener Akteure (Lee/Buse/Fustukian 2002) spiegelt die typischen Entwicklungen in einem sich verdichtenden globalen politischen System mit mannigfachen Interessen und Verpflichtungen wider. Dies mag dazu führen, dass weitere Ressourcen mobilisiert werden, schafft aber auch neue Probleme der Koordination einer wachsenden Zahl von Organisationen, die im Gesundheitssektor tätig sind. Allein dieses Koordinationsproblem ist für viele der ärmeren Entwicklungsländer kaum zu lösen, so dass Beobachter häufig von einer nahezu chaotischen Situation etwa bei der Bekämpfung von HIV/AIDS sprechen, wo viele Organisationen im besten Fall nebeneinanderher arbeiten.¹

Der Globalisierungsprozess und die vielfältigen politischen Reaktionen darauf hat also zu einer umfangreichen Transformation internationaler Gesundheitspolitik geführt (Aginam 2005, Lee 2003). Hier können nur einige zentrale Themen angesprochen werden.

2.2. Völkerrechtlich verbindliche Regelungen

Internationale Regelungen zur Koordination von Maßnahmen, um die Ausbreitung von Infektionskrankheiten zu verhindern, gehen bis ins 19. Jahrhundert zurück (Fidler 2005). Dabei spielten immer auch die Auswirkungen auf Handel und Mobilität eine zentrale Rolle; Reise- und Handelsbeschränkungen haben immer erhebliche wirtschaftliche Auswirkungen. So wird geschätzt, dass die Bekämpfung von SARS allein für die Region Toronto (Kanada) im Jahre 2003 Kosten von über 1 Mrd. US\$ und einen Verlust von 12.000 Arbeitsplätzen bedeutete; in Asien wird von Kosten in Höhe von etwa 60 Mrd. US\$ ausgegangen. Die Experten sind sich einig, dass die Ausnutzung derartiger Restriktionen im Sinne einer versteck-

ten Protektion auf jeden Fall verhindert werden müsse.

Seit 1951 koordiniert die WHO ein System von International Sanitary (später: Health) Regulations (IHR), das allerdings auf eine kleine Zahl von Krankheiten beschränkt war und schließlich weitgehend an Bedeutung verloren hat. Nach der Aufnahme von Verhandlungen zur Erneuerung der IHR im Jahre 1995 wurde schließlich (vor allem unter dem Eindruck der Anthrax-Anschläge im Jahre 2001 und der SARS-Epidemie) Ende Mai 2005 von der Weltgesundheitsversammlung, dem höchsten Organ der WHO, ein neues IHR-Abkommen verabschiedet, das sich nun generell auf jeden „öffentlichen Gesundheitsnotstand von internationaler Bedeutung“ (*public health emergency of international concern*) bezieht und weit reichende Formen internationaler Koordination unter Führung der WHO vorsieht. Es besteht für alle Staaten die Verpflichtung, entsprechende Risiken der WHO zu melden, und die WHO muss, auf der Basis derartiger Informationen (einschließlich der Informationen von Nichtregierungsorganisationen), den öffentlichen Gesundheitsnotstand erklären und konkrete Maßnahmen empfehlen. Diese wiederum autorisieren die Mitgliedsstaaten, entsprechende Schritte etwa zur Beschränkung von Mobilität und Handel einzuleiten. Im Rahmen der Tagung wurden die IHR vor allem unter dem Gesichtspunkt der Einschränkung nationaler Souveränität und der Stärkung der Rolle der WHO diskutiert (Fidler 2005).

Als weiterer Erfolg im Bereich völkerrechtlich verbindlicher Regelungen wird die Verabschiedung der Tabakrahenkonvention im Mai 2003 angesehen. Die unterzeichnenden Staaten verpflichten sich, nationale Tabakkontrollprogramme zu entwickeln und die Werbemöglichkeiten für Tabakprodukte erheblich einzuschränken; die Kooperation der beteiligten internationalen und nationalen Organisationen wird verbessert. Dies ist ein wichtiger Schritt hin zu Maßnahmen, die die Ausbreitung chronischer Krankheiten aufgrund ungesunder Lebensweise aufhalten sollen, wobei vor allem auch die Entwicklungsländer hinsichtlich entsprechender Vorgehensweisen unterstützt werden (Scriven 2005).

¹ Die komplexen Zusammenhänge zwischen den Aktivitäten verschiedener Akteure, die Prozesse von Global Governance kennzeichnen und diesen Erfolg ermöglicht haben, bilden den Schwerpunkt eines gerade abgeschlossenen Forschungsprojektes am GIGA (Hein et al. 2006).

2.3. Verknüpfung der Verregelung verschiedener Sektoren

Internationale Gesundheitspolitik ist von einer Vielzahl von Regelungen betroffen, die sich eigentlich auf andere Bereiche beziehen wie das internationale Handelsrecht, die Förderung von Menschenrechten, das Umwelt- und Arbeitsrecht usw. Vor allem im Falle der Auswirkungen des Abkommens über handelsbezogene geistige Eigentumsrechte (TRIPS) im Rahmen der WTO auf die Preise von Medikamenten zur Behandlung von HIV/AIDS ist dies deutlich geworden. Das Patentrecht gibt dem Patentinhaber ein zeitlich begrenztes Monopol auf patentierte Produkte, also auch Medikamente. Die vorhandenen antiretroviralen Medikamente, die AIDS aus einer tödlichen in eine chronische Krankheit verwandeln, kosteten Ende der 1990er-Jahre mehr als 10.000 US\$ pro Person und Jahr. Für die meisten Entwicklungsländer war die Behandlung der HIV-Infizierten damit unerschwinglich, und entsprechend konzentrierten sich die WHO und die Weltbank auf Programme zur AIDS-Prävention. Es ist den Aktivitäten einiger Entwicklungsländer (vor allem Brasiliens) und zivilgesellschaftlicher Organisationen zu verdanken, die das Menschenrecht auf Gesundheit und damit das Recht aller Infizierten auf Zugang zu den vorhandenen Medikamenten in ihren Kampagnen einklagten, dass sich dies innerhalb weniger Jahre radikal änderte. Pharmaunternehmen waren nun bereit, im Rahmen von Public Private Partnerships Medikamente in armen Ländern erheblich billiger anzubieten, und die rechtlichen Bedingungen des Zugangs zu billigeren Generika im Rahmen des TRIPS-Abkommens wurden geändert. 2005 kostete die Behandlung in den meisten Entwicklungsländern schließlich nur noch zwischen 150 und 200 US\$ pro Person und Jahr (vgl. Poku/Whiteside 2004, Hein u. a. 2006).

Die Ambivalenz geistiger Eigentumsrechte als Stimulus für medizinische Forschung ist in den vergangenen Jahren zunehmend diskutiert worden (CIPHI 2006). Lebensrettende Medikamente (wie die antiretrovirale Therapie im Falle von HIV/AIDS), die grundsätzlich zu geringen Kosten produziert werden können, sind oft für die Betroffenen nicht erschwinglich, weil das Patentrecht es den Firmen, die diese entwickelt haben, ermöglicht, sie teuer zu verkaufen. Darüber hinaus fehlt auch ein Anreiz für die Forschung

zu Krankheiten, die nur in armen Ländern (mit wenigen zahlungskräftigen Patienten) auftreten. In diesem Zusammenhang beschloss die Weltgesundheitsversammlung im Mai 2006 weitere Arbeiten an einem *Global Framework on Essential Health R&D (Research and Development)*, um öffentliche Interessen stärker in die Forschung an neuen Medikamenten einbringen zu können.

2.4. Mobilisierung ausreichender Ressourcen

Die Diskussion über die Mobilisierung der notwendigen Ressourcen für eine effektive internationale Gesundheitspolitik schloss sich daran an (Smith et al. 2003). Die zu beobachtende Vielfalt an Institutionen im internationalen Gesundheitssektor hängt damit zusammen, nicht zuletzt aber auch mit den Interessen unterschiedlicher Gruppen von Gebern. Viele Geber waren nämlich nicht bereit, traditionellen internationalen Organisationen wie der WHO mehr Ressourcen zur Verfügung zu stellen. Ein Beispiel dafür ist die Gründung des *Global Fund to Fight AIDS, Tuberculosis and Malaria* (GFATM): Von den G-8-Staaten wurde die Notwendigkeit, erheblich mehr Mittel für die Bekämpfung von HIV/AIDS und einigen anderen, vor allem in den Entwicklungsländern verbreiteten Krankheiten (Tuberkulose und Malaria wurden mit einbezogen), erkannt; UN-Generalsekretär Kofi Annan nahm dies auf und forderte die Gründung eines globalen Fonds für diesen Zweck. Die USA und Japan weigerten sich jedoch, diesen Fonds im Rahmen der UN einzurichten, da dies, wie betont wurde, durch Bürokratisierung und politisierte Entscheidungsmechanismen in den UN eine effektive Verwendung der Mittel behindert hätte; so wurde mit dem Global Fund eine neuartige Organisation gegründet, die allerdings letztlich ihre Mission nicht ohne Rückgriff auf die Expertise der WHO erfüllen konnte.

Das Problem besteht einerseits in der Koordination der verschiedenen Geberinstitutionen (siehe unten), andererseits aber auch darin, die notwendige Verbindlichkeit bei der langfristigen Finanzierung der entsprechenden Programme zu erreichen. Ein spezifisches Problem von HIV/AIDS ist, dass die Krankheit (noch) nicht heilbar ist; Patienten in armen Ländern brauchen also lebenslange Unterstützung, um Medikamente kaufen und eine entsprechende medizinische Behandlung bekommen zu können. Dazu kommen weitere HIV-

Infizierte, die eine Behandlung benötigen, und die Zahl der Neuinfektionen wird nach allen Berechnungen in absehbarer Zeit auch nicht zurückgehen. Kurz, es besteht ein in Zukunft erheblich *wachsender* Bedarf an Ressourcen (vgl. den Bericht des IWF in: Haacker 2004). Tatsächlich aber bleiben die Beiträge für den GFATM deutlich hinter den Erwartungen zurück. Statt der angestrebten jährlichen 7 Mrd. US\$ wurden für die Jahre 2002 bis 2008 gerade einmal insgesamt 8,6 Mrd. US\$ zugesagt. Woran liegt das? Bei den Beiträgen handelt es sich um freiwillige Verpflichtungen einzelner Länder, die ständig unter dem Druck von Haushaltsdefiziten und der notwendigen Finanzierung anderer Ziele stehen. Schließlich haben auch die USA, u. a. angesichts einer gewissen Unzufriedenheit mit der Entwicklung des GFATM, ein neues unilaterales Programm der AIDS-Bekämpfung entwickelt, das sog. *The President's Emergency Plan for AIDS relief* (PEPFAR), in das inzwischen erheblich größere Mittel als in den GFATM fließen und das wiederum eine andere Politik verfolgt (Propagierung sexueller Enthaltung, weitgehende Nutzung teurerer Medikamente der Originalhersteller anstatt von Generika).

2.5. Koordination zwischen den Akteuren in der GHG

Die bereits deutlich gewordene Akteursvielfalt ist immer häufiger Thema der Diskussion über Global Health Governance (Aginam 2005). Sie wurde als ein zentrales Charakteristikum von Global Health Governance bezeichnet und kontrovers diskutiert. Auf der einen Seite wurde betont, dass es gut für die globale Gesundheitslage sei, wenn viele Organisationen sich an den Aktivitäten beteiligten und ihre Ressourcen, ihr Wissen und ihr Engagement einbrächten. Zudem könne die Partizipation möglichst vieler Akteure die Möglichkeiten der Mitsprache zivilgesellschaftlicher Gruppen und von Betroffenen erhöhen. Auf der anderen Seite wiesen die Experten – und insbesondere die aus den Entwicklungsländern – darauf hin, dass die Akteursvielfalt erhebliche Koordinationsprobleme in der konkreten Zusammenarbeit mit sich bringe und viele ärmere Länder überfordere.

Im Fall der Koordination von Maßnahmen zur Verhinderung der weltweiten Ausbreitung von SARS (Informationsmanagement, Koordination von Forschung, Maßnahmen zur Reisebe-

schränkung) wurde die WHO allseits gelobt (Fidler 2004). Es bleibt zu überlegen, ob und wie die WHO als Managerin der Schnittstellen zwischen den beteiligten Organisationen und Regierungen auch bei längerfristigen Gesundheitsprogrammen zu einer Verbesserung der Lage beitragen und so die positiven Aspekte der Akteursvielfalt für die Verbesserung der Gesundheitssituation weltweit nutzbar machen kann.

2.6. Bedeutung der Förderung nationaler Gesundheitssysteme

Gesundheitsexperten sind sich einig, dass die einzige solide Basis einer umfassenden langfristigen Gesundheitspolitik in ärmeren Ländern die Förderung von Gesundheitssystemen ist (Scriven 2005). Allerdings hat sich in den letzten Jahren gezeigt, dass es schwieriger ist, für diesen Zweck Mittel zu mobilisieren, als für besondere Herausforderungen wie etwa die Bekämpfung von HIV/AIDS oder anderen Infektionskrankheiten. Folglich floss ein Großteil der seit Mitte der 1990er-Jahre zusätzlich bereitgestellten gesundheitsbezogenen Mittel in die Bekämpfung von spezifischen Krankheiten wie eben HIV/AIDS. Kritiker dieser Mittelverwendung wiesen auf die Gefahr hin, dass die Gelder nicht nachhaltig eingesetzt würden und keine umfassenden Effekte hätten, von denen auch andere Bereiche der Gesundheitsversorgung profitieren könnten. Hingegen betonen Befürworter der Programme für die Bekämpfung besonderer Krankheiten, diese bewirkten automatisch eine Verbesserung der Gesundheitssysteme: Wenn beispielsweise Programme gegen HIV/AIDS durchgeführt würden, sei es unabdingbar, dass dafür die nationale Infrastruktur gestärkt werde. Auch wenn diese Debatte weiterhin geführt wird, ist die Sensibilisierung für die Frage der Förderung von Gesundheitssystemen zweifellos vorhanden – ob allerdings dafür langfristig die nötigen Mittel zur Verfügung gestellt werden, ist zweifelhaft.

3. Perspektiven globaler und europäischer Gesundheitspolitik

Es besteht weitgehende Einigkeit darüber, dass Gesundheitspolitik als globale Aufgabe angesehen werden muss, da Gesundheit die Bereitstellung globaler öffentlicher Güter verlangt (Smith u. a.

2003, Kaul/Conceição 2006). Die Bekämpfung von Infektionskrankheiten ist nur global möglich, wie das Beispiel Vogelgrippe zeigt, und von einer erfolgreichen Bekämpfung profitieren alle. Auch die Überwindung der katastrophalen Gesundheitslage in vielen armen Ländern wird zunehmend als ein Problem globaler Sicherheit angesehen, an der die Industrieländer gleichfalls Interesse haben sollten. Über die Ziele besteht weitgehender Konsens – nicht jedoch darüber, wie die notwendigen Mittel aufgebracht werden sollen, und auch nicht darüber, wie die konkrete Kooperation (und Austragung von Konflikten) zwischen den vielen Akteuren, die die globale Gesundheitssituation beeinflussen, aussehen soll. Im gegenwärtigen System von Global Health Governance gibt es weder eine klare Anerkennung der Rolle der WHO als verantwortlich und verbindlich koordinierende Organisation auf dem Gebiet der Weltgesundheit (außer im begrenzten Bereich der IHR, siehe oben) noch sind verantwortliche Institutionen zur Lösung von Konflikten zwischen verschiedenen Politikfeldern vorhanden, vor allem zwischen privaten ökonomischen Akteuren, öffentlichen Instanzen der Gesundheitspolitik und zivilgesellschaftlichen Organisationen. In Nationalstaaten ist das Aufgabe der Regierung.

Während die einzelnen EU-Mitgliedsstaaten bisher in unterschiedlicher Form und Intensität Programme und Organisationen der Global Health Governance unterstützt haben, blieb die Europäische Union im Hintergrund. In Reaktion auf die SARS-Epidemie wurde im Jahre 2003 das *European Center for Disease Control* gegründet – wobei die Namensgebung die Aspiration andeutet, in Zukunft eine europäische Institution von ähnlich zentraler Bedeutung wie das US-amerikanische *Center for Disease Control* in Atlanta zu entwickeln. Die gegenwärtige finnische Präsidentschaft der EU-Kommission hat angekündigt, das Prinzip der Berücksichtigung von Gesundheitsfragen in allen europäischen Politikfeldern zu fördern. Dies betrifft ebenso die Außen- und Entwicklungspolitik und damit auch die Rolle Europas im Bereich von Global Health Governance.

Literaturhinweise

- Aginam, Obijiofor 2005: *Global Health Governance: International Law and Public Health in a Divided World*, Toronto.
- CIPIH/WHO 2006: *Public Health. Innovation and Intellectual Property Rights*. Report of the Commission on Intellectual Property Rights, Innovation and Public Health, Geneva.
- Fidler, David P. 2004: *SARS, governance and the globalization of disease*, London.
- Fidler, David P. 2005: *From International Sanitary Conventions to Global Health Security: The New International Health Regulations*, in: *Chinese Journal of International Law*, Oxford University Press: Oxford, 1-68.
- Haacker, Markus (Hg.) 2004: *The Macroeconomics of HIV/AIDS*, IMF Book Forum, Washington, D.C.
- Kaul, Inge/Conceição, Pedro (Hg.), *The New Public Finance. Responding to Global Challenges*, Oxford 2006.
- Lee, Kelley 2003: *Globalization and health: an introduction*, London: Palgrave Macmillan.
- Lee, Kelley/Buse, Kent/Fustukian, Suzanne (Hg.) 2002: *Health Policy in a Globalising World*, Cambridge: Cambridge University Press.
- Poku, Nana K./Whiteside, Alan (Hg.) 2004: *Global Health and Governance: HIV/AIDS*, London: Palgrave MacMillan.
- Prins, Gwyn 2004: *AIDS and global security*, in: *International Affairs*, Jg. 80, H.5, 931-952.
- Scriven, Angela 2005: *Promoting Health. Global Perspectives*, Basingstoke 2005.
- Smith, Richard/Beaglehole, Robert/Woodward, David/Drager, Nick 2002: *Global Public Goods for Health: Health, economic and public goods perspectives*, New York: Oxford University Press.
- UNAIDS 2006: *2006 Report on the Global AIDS Epidemic*, Geneva.

■ Der Autor

Prof. Dr. Wolfgang Hein ist Leiter des Forschungsschwerpunkts „Transformation in der Globalisierung“ des GIGA und apl. Professor für Politische Wissenschaft an der Universität Hamburg.

E-Mail: hein@giga-hamburg.de, Website: <http://staff.giga-hamburg.de/hein>.

■ Gegenwärtige Forschung im GIGA zum Thema

Das GIGA hat gerade ein Forschungsprojekt zu „Global Health Governance: Institutioneller Wandel und die Schnittstellen zwischen globaler und lokaler Politik in der armutsorientierten Bekämpfung von Krankheiten“ abgeschlossen (VolkswagenStiftung, Endbericht vgl. Hein u. a. 2006). Zahlreiche weitere Fortsetzungsprojekte sind in der konkreten Vorbereitung oder bereits als Förderantrag eingereicht.

■ DÜI/GIGA-Publikationen zum Thema

Bartsch, Sonja 2003: Global Public Partnerships in Health: Potentials and Limits, in: Hein/Kohlmorgen 2003: 225-237.

Bartsch, Sonja/Hein, Wolfgang 2003: TRIPS und globale Partnerschaften. Konflikte um den Zugang zu Medikamenten im Rahmen von Global Health Governance, in: Peripherie, Nr. 90/91, 202-231.

Bartsch, Sonja/Kohlmorgen, Lars 2005: Nichtregierungsorganisationen als Akteure der Global Health Governance – Interaktion zwischen Kooperation und Konflikt, in: Betz, Joachim/Hein, Wolfgang (Hg.), Neues Jahrbuch Dritte Welt. Zivilgesellschaft, Wiesbaden, 57-87.

Hein, Wolfgang 2004: Global Public Health – ein wichtiger Schritt auf dem Wege zu globaler Sozialpolitik, in: Betz, Joachim/Hein, Wolfgang (Hg.), Neues Jahrbuch Dritte Welt. Soziale Sicherung in Entwicklungsländern, Opladen, 33-56.

Hein, Wolfgang/Bartsch, Sonja/Calcagnotto, Gilberto/Kohlmorgen, Lars/von Soest, Christian/Weinel, Martin/Wogart, Jan Peter 2006: Global Health Governance: Institutional Change and the Interfaces between Global and Local Politics in the Poverty-Oriented Fight of Diseases, Research Report, GIGA, Hamburg.

Hein, Wolfgang/Kohlmorgen, Lars (Hg.) 2003: Globalisation, Global Health Governance and National Health Politics in Developing Countries. An Exploration into the Dynamics of Interfaces, Schriften des Deutschen Übersee-Instituts, 60, Hamburg.

Hein, Wolfgang/Kohlmorgen, Lars 2005: Global Health Governance: Conflicts on Global Social Rights, Working Papers No. 7, Deutsches Übersee-Institut, Hamburg.

Lars Kohlmorgen 2004: UNAIDS und Global Health Governance – Elemente eines globalen Integrationsmodus?, in: Peripherie, Nr. 93/94, 139-165.

Wogart, Jan Peter 2006: Multiple Interfaces of Big Pharma and the Change of Global Health Governance in the Face of HIV/AIDS, Working Papers No. 24, Deutsches Übersee-Institut, Hamburg.

Wogart, Jan Peter/Calcagnotto, Gilberto 2006: Brazil's Fight against AIDS and Its Implications for Global Health Governance, in: Healthcare Quarterly, Vol. 9, No. 1, 90-103.

Das **GIGA German Institute of Global and Area Studies** – Leibniz-Institut für Globale und Regionale Studien in Hamburg gibt *Focus*-Reihen zu Afrika, Asien, Lateinamerika, Nahost sowie zu Globalen Fragen heraus, die jeweils monatlich erscheinen. Der *GIGA Focus Global* wird vom GIGA redaktionell gestaltet. Die vertretene Auffassung stellt die des/der jeweiligen Autors/Autorin und nicht unbedingt die des Instituts dar. Download unter www.giga-hamburg.de/giga-focus.

Redaktion: Joachim Betz; Gesamtverantwortlicher der Reihe: Andreas Mehler

Lektorat: Vera Rathje; Kontakt: giga-focus@giga-hamburg.de; GIGA, Neuer Jungfernstieg 21, 20354 Hamburg

G I G A *Focus*
German ■ Institute of Global and Area Studies

IMPRESSUM